

| Lp. | Podmiot zgłaszający uwagę | Przepis, którego uwaga dotyczy | Zapis | Uzasadnienie uwagi | Propozycje rozwiązań |
|-----|------------------------------------|--|---|--|--|
| 1 | Uzdrowiska Kłodzkie SA – Grupa PGU | Załącznik nr 1 – pkt.4 świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych | Zapisy dotyczące „organizacji udzielania świadczeń” są niejednoznaczne i niejednolite w odniesieniu do poszczególnych rodzajów rehabilitacji. | <p>Zapis niespójny z zapisami z Rozporządzenia :</p> <p>§ 4. 1. Świadczenia gwarantowane są udzielane w warunkach:</p> <p>4) stacjonarnych, które obejmują rehabilitację:</p> <p>a) ogólnoustrojową, b) neurologiczną, c) pulmonologiczną, d) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową, e) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.</p> <p>oraz</p> <p>§ 9. 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 4, są udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego.</p> | <p>Wprowadzenie zapisów spójnych określonych w Rozporządzeniu oraz załącznikach .</p> <p>Wprowadzić zapis:</p> <p>Świadczenia gwarantowane są udzielane w warunkach stacjonarnych, które obejmują rehabilitację:</p> <p>a) ogólnoustrojową, b) neurologiczną, c) pulmonologiczną, d) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową, e) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.</p> <p>Świadczenia gwarantowane, o których mowa powyżej są udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego.</p> |

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| 2 | | Załącznik nr 1 – 1b fizjoterapia ambulatoryjna pkt.3 | Limitowanie dostępności świadczeń do 40 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. | Zapis wprowadza ograniczenie dostępności do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej . | Czas trwania rehabilitacji winien być ustalany indywidualnie, zgodnie z aktualnym stanem zdrowia i potrzebami pacjenta. |
| 3 | | Załącznik 1 - świadczenia realizowane z warunków oddziału dziennego – rehabilitacja kardiologiczna lub telerehabilitacja hybrydowa | Personel : 1) lekarz – równoważnik ¼ etatu: a) lekarz specjalista kardiologii lub b) lekarz specjalista chorób wewnętrznych lub lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych z udokumentowanym 2-letnim doświadczeniem w kardiologii, lub c) lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub d) lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub e) lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub f) lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji, w trakcie której lekarz może udzielać świadczeń – w tym lekarz, o którym mowa w lit. a); | Nieprecyzyjne określenie wymagań dotyczących kwalifikacji lekarza . Wymagane 2-letnie udokumentowane doświadczenie w kardiologii wobec specjalisty chorób wewnętrznych a brak całkowicie wymagań doświadczenia w kardiologii dla specjalisty medycyny fizykalnej i balneologii i pozostałych specjalizacji z rehabilitacji . Ponadto: Zapis niespójny z zapisem z pkt 4/ gdzie kwalifikacji do rozpoczęcia cyklu rehabilitacji dokonuje zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzi: lekarz specjalista kardiologii, pielęgniarka lub technik elektroradiolog, fizjoterapeuta oraz psycholog. Z tego wynika jednoznacznie że w skład personelu lekarskiego ma obowiązkowo wchodzić lekarz specjalista kardiolog | wymagania kadrowe powinny opierać się nie na zapisach „LUB” ale „ORAZ” , gdyż wymienione specjalizacje nie są równoważne w przygotowaniu merytorycznym lekarza do zajmowania się pacjentami ze schorzeniami kardiologicznymi po zdarzeniach sercowych Zapis powinien brzmieć: Lekarz specjalista kardiologii lub specjalista chorób wewnętrznych z 2-letnim udokumentowanym doświadczeniem w kardiologii Oraz c) lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub d) lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub e) lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub f) lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji, w trakcie której lekarz może udzielać świadczeń z określeniem wymiaru etatu dla ww. specjalizacji |
| 4 | | | Personel pkt 6) | Zapis <u>jest niespójny z załącznikiem 3</u> , gdzie profil | Świadczenia realizowane przez dietetyka |

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|------------------------------|
| | | | 6) dopuszcza się możliwość realizowania świadczenia przy udziale dietetyka. | dietetyka jest wymieniony w tabeli jako obligatoryjny | |
| 5 | | | <p>Wyposażenie pkt 3) d) d) w przypadku świadczeniodawców wysokiego ryzyka, z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem <u>desynchronizującym</u> – dostęp do systemu telemonitorowania funkcji urządzeń wszczepialnych,</p> | <p>Błąd w nazewnictwie – nie istnieje stymulator desynchronizujący, a jest stymulator resynchronizujący.</p> <p>Natomiast : Zapis nieuzasadniony , preferujący jednoznacznie (niektóre) ośrodki kliniczne mające w swoich zasobach systemy telemonitorujące urządzenia wszczepialne . Nie ma wymogu , aby oddział kardiologii implantujący urządzenia wszczepialne typu ICD, CRTD posiadał urządzenie do telemonitoringu tych urządzeń , nie jest to obligatoryjne , więc tym bardziej nie ma powodu aby dzienny ośrodek rehabilitacji miał dostęp do takiego systemu .</p> <p>Pacjenci z implantowanymi urządzeniami typu kardiowerter-defibrylator (ICD) czy stymulator resynchronizujący (CRTD) są pod regularną kontrolą Poradni Kardiologicznych Stymulatorowych sprawdzających funkcję urządzeń i nie ma wymogu dodatkowego kontrolowania</p> | zapis do usunięcia w całości |

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|
| | | | | ich sprawności podczas aktywności pacjenta | |
| 6 | | | <p>3. Organizacja świadczeń :</p> <p>1) czas trwania rehabilitacji kardiologicznej dla jednego świadczeniobiorcy jest ustalany indywidualnie przez lekarza ośrodka dziennego, wynosi jednak nie więcej niż 24 dni zabiegowe w okresie 90 dni kalendarzowych;</p> <p>.....</p> <p>Kryteria wyłączenia</p> | <p>Zapis wprowadza ograniczenie dostępności dla pacjenta</p> <p>Brak odniesienia się do kryteriów <u>włączenia</u> – kto może kierować na ten typ rehabilitacji</p> | <p>Czas trwania rehabilitacji powinien być ustalany indywidualnie, zgodnie z aktualnym stanem zdrowia i potrzebami pacjenta.</p> <p>Uzupełnić o zapis – skierowanie wystawia :</p> <p>1/ oddział kardiologii Lub 2. oddział kardiochirurgii Lub 3/ oddział chorób wewnętrznych Lub 4/ poradnia kardiologiczna Lub Poradnia kardiochirurgiczna Lub 5/ poradnia rehabilitacyjna Lub 6/ Lekarz Rodzinny</p> |
| 7 | | | <p>4. Inne warunki w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa:</p> <p>a/ - sprawdzenie parametrów pracy terapeutycznych urządzeń wszczepialnych (stymulator serca, kardiowerter-defibrylator, stymulator resynchronizujący),</p> | <p>Zapis nieuzasadniony , jednoznacznie preferujący (niektóre) ośrodki kliniczne zajmujące się implantacją stymulatorów , kardiowerterów , stymulatorów resynchronizujących i posiadające w związku z tym urządzenia do kontroli pracy tych urządzeń.</p> <p>Brak uzasadnienia merytorycznego aby ośrodek rehabilitacji miał dokonywać kontroli urządzeń wszczepialnych .</p> | <p>Zapis do usunięcia w całości</p> |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|
| | | | | <p>Pacjenci z implantowanymi urządzeniami typu stymulator , kardiowerter-defibrylator (ICD) czy stymulator resynchronizujący (CRTD) są pod regularną kontrolą Poradni Kardiologicznych Stymulatorowych sprawdzających funkcję urządzeń i nie ma wymogu dodatkowego kontrolowania ich sprawności przed rozpoczęciem rehabilitacji .</p> <p>W razie zaistnienia podejrzenia nieprawidłowej pracy tych urządzeń ośrodek dysponuje aparatem ekg, holterem i kardiolog pracujący w ośrodku będzie w stanie rozpoznać rodzaj problemu i czy istnieje konieczność skierowania pacjenta do kontroli urządzenia implantowanego do Ośrodka zajmującego się tym</p> | |
| 8 | | | <p>4. Inne warunki w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa:</p> <p>b)</p> <p>- procedurę dopuszczenia do każdego treningu: wywiad, EKG, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała (pacjenci z niewydolnością serca), ocenę „alertów” nadesłanych przez ośrodek telemonitoringu domowego (pacjenci wysokiego ryzyka z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem resynchronizującym) – pielęgniarka</p> | <p>Brak uzasadnienia merytorycznego, żeby przed każdą sesją treningową jak i po jej zakończeniu wykonywać rutynowo zapis spoczynkowego EKG .</p> | <p>Zapis EKG na początku przy kwalifikacji do rozpoczęcia całego cyklu treningów , oraz w uzasadnionej sytuacji złego samopoczucia pacjenta w trakcie ćwiczeń lub po ich zakończeniu , po ocenie dokonanej przez personel medyczny o wskazaniach do wykonania badania</p> |

| | | | | | |
|----|--|--|---|--|---|
| | | | <p>lub technik elektroradiolog, pod nadzorem lekarza,</p> <ul style="list-style-type: none"> - sesję treningową zgodną z zaplanowaną w fazie I – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, - procedurę zakończenia każdej sesji treningowej (wywiad, ocena w skali Borga, ocena osiągniętego tętna, EKG) – pielęgniarka lub technik elektroradiolog oraz fizjoterapeuta, | | |
| 9 | | | <p>4. Inne warunki w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa:</p> <p>b)</p> <ul style="list-style-type: none"> - wizytę końcową po wykonanym cyklu 24 treningów obejmującą: ocenę stanu klinicznego i optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG), ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa i test korytarzowy), zalecenia dotyczące leczenia i stylu życia | <p>Brak uzasadnienia merytorycznego, żeby na koniec jako podsumowanie cyklu treningowego wykonywać test korytarzowy i test wysiłkowy, skoro jako kwalifikacja do rozpoczęcia sesji treningowych był test korytarzowy lub test wysiłkowy.</p> <p>Ponadto kwalifikacja do testu wysiłkowego musi uwzględniać ograniczenia ze strony pacjenta wynikające ze schorzeń współistniejących, wieku, dolegliwości subiektywnych, niesprawności, innych ograniczeń itp.</p> | Ocena wydolności fizycznej na koniec – test wysiłkowy lub test korytarzowy |
| 10 | | | <p>4. Inne warunki w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa:</p> <p>2)</p> <p>b) pacjenci stabilni klinicznie co najmniej od tygodnia, a w przypadku</p> | <p>Zapis całkowicie niespójny, będący mieszaniną stanów klinicznych, które mogą zostać ustabilizowane w ciągu 1-3 tygodni oraz stanów klinicznych/schorzeń będących przeciwskazaniem gdyż</p> | Kwalifikacji do programu rehabilitacji dokonuje lekarz kardiolog, zgodnie z ustalonymi standardami medycznymi, z uwzględnieniem nieistnienia przeciwskażeń do rehabilitacji kardiologicznej |

| | | | | | |
|----|--|----------------|--|---|---------------------------|
| | | | <p>świadczeniobiorców wysokiego ryzyka od 3 tygodni, u których nie występują:</p> <ul style="list-style-type: none"> - źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze, - niepoddająca się leczeniu zatokowa tachykardia > 100/min., - złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca, - stały blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, jeżeli upośledza istotnie tolerancję wysiłku, - wady serca wymagające korekty kardiochirurgicznej, - kardiomyopatia ze zwężeniem drogi odpływu, - niedokrwienne obniżenie odcinka ST > 2 mm w EKG spoczynkowym, - niewyrównana niewydolność serca, - ostre stany zapalne i niewyrównane choroby współistniejące, - powikłania pooperacyjne, - wyzwalane wysiłkiem: objawy niewydolności serca lub niedokrwienia serca, zaburzenia rytmu nadkomorowe i komorowe, zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego, spadek ciśnienia tętniczego > 20 mmHg, bradykardia lub pogorszenie się tolerancji wysiłku w fazie I, - inne sytuacje warunkujące konieczność realizacji pełnego programu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej jedynie w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego, | <p>wymagają np. interwencji kardiochirurgicznej lub implantacji urządzenia lub innych niezbędnych działań i procedur medycznych z zakresu kardiologii</p> <p>Kardiolog zajmujący się rehabilitacją kardiologiczną opiera się na standardach medycznych dotyczących realizacji rehabilitacji kardiologicznej określonych w odrębnych dokumentach , w tym także określonych przeciwwskazaniach do rehabilitacji kardiologicznej</p> | |
| 11 | | Załącznik nr 1 | Personel : | błąd merytoryczny | Usunąć zapis dot. urologa |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| | | <p>4/ realizowane w warunkach stacjonarnych:</p> <p>b/ rehabilitacja neurologiczna</p> | <p>2) zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty neurologii lub specjalisty urologii, lub specjalisty chorób wewnętrznych, lub specjalisty pediatrii (w przypadku oddziałów dziecięcych), lub specjalisty neurologii dziecięcej i specjalisty ortopedii i traumatologii narządu ruchu (w przypadku oddziałów rehabilitacji neurologicznej dziecięcej), w przypadku, gdy wskazany lekarz nie jest lekarzem udzielającym świadczeń w oddziale, oraz</p> | <p>brak uzasadnienia do konsultacji urologa w rehabilitacji neurologicznej</p> | |
| 12 | | | <p>Personel:</p> <p>h) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej – proporcjonalnie w liczbie 1/25 etatu na łóżko, w tym lekarz o którym mowa w lit. a - c, oraz</p> <p>Oraz</p> <p>6) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – proporcjonalnie w liczbie 1/20 etatu przeliczeniowego na łóżko,</p> | <p>Zapisy niespójne – przelicznik dla lekarza 1/25 etatu na każde łóżko a dla psychologa 1/20 etatu na łóżko</p> | <p>Ujednolicić zapis o przeliczniku etatu lekarza i psychologa na łóżko</p> |
| 13 | | <p>Załącznik nr 1</p> <p>Realizowane w warunkach stacjonarnych:</p> <p>d) rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa</p> | <p>. Personel:</p> <p>1) lekarz – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego:</p> <p>a) lekarz specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej lub</p> <p>b) lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub</p> | <p>Nieoptymalne wymagania dotyczące zabezpieczenia w personel lekarski dla oddziału stacjonarnego – czyli pacjentów najbardziej schorowanych , ze schorzeniami współistniejącymi , z powikłaniami oraz z wysokim ryzykiem sercowo-</p> | <p>Zapis powinien brzmieć:</p> <p>Lekarz specjalista kardiologii lub specjalista chorób wewnętrznych z udokumentowanym minimum 2-letnim doświadczeniem w kardiologii - równoważnik minimum ½ etatu ORAZ specjalista rehabilitacji medycznej (i innych typów rehabilitacji) lub specjalista balneologii i medycyny fizykalnej w wymiarze minimum 1 etatu</p> |

| | | | | | |
|----|--|--|---|---|-------------------------------|
| | | | <p>balneoklimatologii i medycyny fizycznej, lub balneologii i medycyny fizycznej, lub</p> <p>c) lekarz specjalista kardiologii, lub</p> <p>d) lekarz specjalista chorób wewnętrznych, lub</p> <p>e) lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych z udokumentowanym 2-letnim doświadczeniem w kardiologii, lub</p> <p>f) lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub</p> <p>g) lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny fizycznej i balneoklimatologii, lub</p> <p>h) lekarz w trakcie specjalizacji, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji, w trakcie której może udzielać świadczeń</p> | <p>naczyniowym zaistnienia kolejnych zdarzeń .</p> <p>Poszczególne specjalizacje nie mogą traktowane wymiennie zwłaszcza w odniesieniu do kardiologa lub specjalisty chorób wewnętrznych z doświadczeniem w kardiologii w stosunku do specjalisty balneologa i innych specjalistów rehabilitacji .</p> <p>Kompetencje merytoryczne poszczególnych specjalizacji lekarskich nie są wymienne ani porównywalne , więc nie mogą być stosowane alternatywnie a jedynie łącznie .</p> | |
| 14 | | <p>Załącznik nr 1</p> <p>Realizowane w warunkach stacjonarnych:</p> <p>d) rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa</p> | <p>2. Wyposażenie</p> <p>d) w przypadku świadczeniobiorców wysokiego ryzyka, z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem desynchronizującym – dostęp do systemu telemonitorowania funkcji terapeutycznych urządzeń wszczepialnych</p> | <p>Zapis nieuzasadniony , preferujący jednoznacznie (niektóre) ośrodki kliniczne mające w swoich zasobach systemy telemonitorujące urządzenia wszczepialne .</p> <p>Nie ma wymogu , aby oddział kardiologii implantujący urządzenia wszczepialne typu ICD, CRTD posiadał urządzenie do telemonitoringu tych urządzeń, nie jest to obligatoryjne , więc tym bardziej nie ma powodu aby stacjonarny ośrodek</p> | <p>Usunąć zapis w całości</p> |

| | | | | | |
|----|--|---|--|---|---|
| | | | | <p>rehabilitacji miał dostęp do takiego systemu.</p> <p>Pacjenci z implantowanymi urządzeniami typu kardiowerter-defibrylator (ICD) czy stymulator resynchronizujący (CRTD) są pod regularną kontrolą Poradni Kardiologicznych Stymulatorowych sprawdzających funkcję urządzeń i nie ma wymogu dodatkowego kontrolowania ich sprawności podczas aktywności pacjenta</p> | |
| 15 | | Załącznik nr 1 Realizowane w warunkach stacjonarnych: d) rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa | <p>Organizacja udzielania świadczeń:</p> <p>1) warunki przyjęcia do oddziału rehabilitacji:</p> <p>a) przyjęcie ze skierowaniem z oddziału lub kliniki lub</p> <p>b) przyjęcie ze skierowaniem z poradni specjalistycznej;</p> | <p>Zapis nieprecyzyjny jeśli chodzi o skierowanie z poradni specjalistycznej - nie określa rodzaju poradni jaka może kierować na oddział stacjonarny</p> | <p>Uzupełnić o zapis Skierowanie wystawia :</p> <p>1/ oddział kardiologii Lub</p> <p>2. oddział kardiologii Lub</p> <p>3/ oddział chorób wewnętrznych Lub</p> <p>4/ poradnia kardiologiczna Lub</p> <p>Poradnia kardiologiczna Lub</p> <p>5/ poradnia rehabilitacyjna Lub</p> <p>6/ Lekarz Rodzinny</p> |
| 16 | | Załącznik nr 1 Realizowane w warunkach stacjonarnych: | <p>Organizacja udzielania świadczeń:</p> <p>2) w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa – dwuetapowa forma</p> | <p>Brak uzasadnienia merytorycznego, żeby przed każdą sesją treningową jak i po jej zakończeniu wykonywać</p> | <p>Zapis EKG na początku pobytu w ośrodku stacjonarnym przy kwalifikacji do rozpoczęcia całego cyklu treningów , oraz w uzasadnionych sytuacjach złego samopoczucia pacjenta po ocenie dokonanej</p> |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|---|
| | | <p>d) rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa</p> | <p>realizacji rehabilitacji kardiologicznej, która obejmuje:</p> <p>.....</p> <p>b) II faza obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - procedurę dopuszczenia do każdego treningu: wywiad, EKG, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała (pacjenci z niewydolnością serca), ocenę „alertów” z telemonitoringu urządzeń wszczepialnych (pacjenci wysokiego ryzyka z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem resynchronizującym) – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, pod nadzorem lekarza, - sesja treningowa zgodna z zaplanowaną w fazie I – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, - procedura zakończenia każdej sesji treningowej (wywiad, ocena w skali Borga, ocena osiągniętego tętna, EKG) – pielęgniarka lub technik elektroradiolog, fizjoterapeuta, | <p>rutynowo u każdego pacjenta zapis spoczynkowego EKG .</p> | <p>przez personel medyczny o wskazaniach do wykonania badania lub w indywidualnych innych sytuacjach po decyzji lekarza</p> |
| 17 | | <p>Załącznik nr 1 Realizowane w warunkach stacjonarnych: d) rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa</p> | <p>Organizacja udzielania świadczeń:</p> <p>2) w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa – dwuetapowa forma realizacji rehabilitacji kardiologicznej, która obejmuje:</p> <p>b/ II faza obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wizyta końcowa po wykonanym cyklu 24 treningów obejmująca: ocenę stanu klinicznego i | <p>Brak uzasadnienia merytorycznego, żeby na koniec jako podsumowanie cyklu treningowego wykonywać test korytarzowy i test wysiłkowy , skoro jako kwalifikacja do rozpoczęcia sesji treningowych był test korytarzowy lub test wysiłkowy.</p> | <p>Ocena wydolności fizycznej na koniec – test wysiłkowy lub test korytarzowy</p> <p>Usunąć zapis o obligatoryjności rutynowego badania EKG na zakończenie rehabilitacji</p> |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|---|
| | | | <p>optymalizację farmakoterapii (badanie lekarskie, uzupełnienie badań laboratoryjnych, EKG, echo serca), ocenę wydolności fizycznej (próba wysiłkowa i test korytarzowy), zalecenia dotyczące leczenia i stylu życia – lekarz, fizjoterapeuta oraz psycholog;</p> | <p>Ponadto kwalifikacja do testu wysiłkowego musi uwzględniać ograniczenia ze strony pacjenta wynikające ze schorzeń współistniejących, wieku, dolegliwości subiektywnych, niesprawności, innych ograniczeń itp.</p> <p>Podobnie: brak uzasadnienia żeby na zakończenie pobytu rutynowo wykonywać spoczynkowe EKG – wykonanie EKG tylko po indywidualnej decyzji lekarza wynikającej ze stanu klinicznego pacjenta lub innych wskazań medycznych</p> | |
| 18 | | <p>Załącznik nr 1 Realizowane w warunkach stacjonarnych: d) rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa</p> | <p>3) kwalifikacji do świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa dokonuje zespół terapeutyczny, w którego skład wchodzi: lekarz specjalista kardiologii, pielęgniarka lub technik EKG, fizjoterapeuta, psycholog, w oparciu o poniższe kryteria:</p> <p>a) pacjenci po zdarzeniach sercowo-naczyniowych, którzy zostali zakwalifikowani do II fazy wczesnej rehabilitacji kardiologicznej,</p> <p>b) pacjenci stabilni klinicznie co najmniej od tygodnia, a w przypadku świadczeniobiorców wysokiego ryzyka od 3 tygodni, u których nie występują:</p> <ul style="list-style-type: none"> - źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze, - niepoddająca się leczeniu zatokowa tachykardia > 100/min., | <p>Zapis całkowicie niespójny, będący mieszaniną stanów klinicznych, które mogą zostać ustabilizowane w ciągu 1-3 tygodni oraz stanów klinicznych/schorzeń będących przeciwwskazaniem do rozpoczęcia rehabilitacji gdyż wymagają np. interwencji kardiochirurgicznej lub implantacji urządzenia lub innych niezbędnych działań i procedur medycznych z zakresu kardiologii</p> <p>Stany będące przeciwwskazaniem do rehabilitacji są znane kardiologom zajmującym się rehabilitacją i są określone w</p> | <p>Kwalifikację do programu rehabilitacji dokonuje lekarz kardiolog, zgodnie z ustalonymi standardami medycznymi, z uwzględnieniem nieistnienia przeciwwskazań do rehabilitacji kardiologicznej</p> |

| | | | | | |
|----|--|---|--|---|------------------------|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca, - stały blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, jeżeli upośledza istotnie tolerancję wysiłku, - wady serca wymagające korekty kardiologicznej, - kardiomyopatia ze zwężeniem drogi odpływu, - niedokrwienne obniżenie odcinka ST > 2 mm w EKG spoczynkowym, - niewyrównana niewydolność serca, - ostre stany zapalne i niewyrównane choroby współistniejące, - powikłania pooperacyjne, - wyzwalane wysiłkiem: objawy niewydolności serca lub niedokrwienia serca, zaburzenia rytmu nadkomorowe i komorowe, zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego, spadek ciśnienia tętniczego > 20 mmHg, bradykardia, pogorszenie się tolerancji wysiłku w fazie I, - inne sytuacje warunkujące konieczność realizacji pełnego programu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej jedynie w warunkach stacjonarnych, | <p>odrębnych dokumentach opisujących standardy postępowania w rehabilitacji kardiologicznej</p> | |
| 19 | | Załącznik nr 5 Rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po | <p>Kryteria kwalifikacji do udzielenia świadczenia</p> <p>Kwalifikacji do rozpoczęcia procesu rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych dokonuje lekarz z ośrodka realizującego rehabilitację kardiologiczną w ramach</p> | <p>Brak merytorycznego uzasadnienia żeby wyznaczyć widełki dotyczące wielkości EF <35% lub jeśli >35% to III klasa NYHA . Powyższe cyfry w żaden sposób nie oddają złożoności stanu klinicznego pacjenta i nie świadczą o</p> | Usunąć zapis w całości |

| | | | | | |
|----|--|--|--|---|---|
| | | zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach stacjonarnych | <p>opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego, na podstawie poniższych kryteriów: świadczeniobiorcy ze świeżo przebyłym zawałem serca kod rozpoznania zasadniczego według klasyfikacji ICD-10: </p> <p>3) niewydolność serca (EF ≤35% lub EF >35% dla świadczeniobiorcy w klasie III według NYHA):</p> | <p>możliwości tak jednoznacznego pozbawienia pacjenta dostępu do dalszego leczenia poprzez znacznie ograniczenie dostępu do rehabilitacji dla pacjentów niemieszczących się w sztucznych widełkach a wymagających rehabilitacji z racji przebytych zdarzeń sercowo-naczyniowych i stanu klinicznego .</p> | |
| 20 | | Załącznik nr 5 Rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach stacjonarnych | <p>Kryteria kwalifikacji do udzielenia świadczenia</p> <p>Kwalifikacji do rozpoczęcia procesu rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych dokonuje lekarz z ośrodka realizującego rehabilitację kardiologiczną w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego, na podstawie poniższych kryteriów: świadczeniobiorcy ze świeżo przebyłym zawałem serca kod rozpoznania zasadniczego według klasyfikacji ICD-10: </p> <p>5) choroby współistniejące wymagające zwiększonej opieki i pełnej indywidualizacji programu rehabilitacji zdefiniowane, jako co najmniej jedna z poniższych: a) J44.0 Przewlekła obturacyjna choroba płuc z ostrym zakażeniem dolnych dróg oddechowych,</p> | <p>Zawężenie schorzeń współistniejących jedynie do cukrzycy , POCHP i niewydolności nerek (i to tylko skrajnej) w znacznym stopniu ogranicza dostęp dla pacjentów z innymi schorzeniami lub powikłaniami (wielochorobowością) jak choćby : stany po udarach mózgowych , choroby nowotworowe , niewydolność nerek w stopniu innym niż skrajny , i wiele innych</p> <p>Ponadto zapis niespójny z zapisami w Rozporządzeniu w § 9.2. 6) f) chorób współistniejących: cukrzyca insulinozależna i z powikłaniami, niewydolność</p> | <p>Lista schorzeń powinna zostać rozszerzona – również ta wymieniona w Rozporządzeniu</p> |

| | | | | | |
|----|--|---|---|--|-------------------------------|
| | | | <p>b) J44.1 Przewlekła obturacyjna choroba płuc w okresie zaostrzenia, nieokreślona,</p> <p>c) J44.8 Inna określona przewlekła obturacyjna choroba płuc,</p> <p>d) J44.9 Przewlekła obturacyjna choroba płuc, nieokreślona,</p> <p>e) E10.2 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami nerkowymi),</p> <p>f) E10.3 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami ocznymi),</p> <p>g) E10.4 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami neurologicznymi),</p> <p>h) E10.5 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego),</p> <p>i) E10.6 Cukrzyca insulinozależna (z innymi określonymi powikłaniami),</p> <p>j) E10.7 Cukrzyca insulinozależna (z wieloma powikłaniami),</p> <p>k) E10.8 Cukrzyca insulinozależna (z nieokreślonymi powikłaniami),</p> <p>l) E10.9 Cukrzyca insulinozależna (bez powikłań),</p> <p>m) N18.0 Szytkowa niewydolność nerek;</p> | <p>nerek, nowotwory złośliwe, POCHP, depresja, tętniak, zespół kruchości.</p> | |
| 21 | | <p>Załącznik nr 5 Rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego realizowana w</p> | <p>Zakres świadczeń</p> <p>Monitorowanie postępów rehabilitacji :</p> <p>Co najmniej 3 procedury w trakcie całego procesu rehabilitacji w trybie stacjonarnym:</p> <p>1) 88.721 Echokardiografia;</p> <p>2) 89.41 Badanie wysiłkowe serca na bieżni ruchomej;</p> | <p>Rtg śródpiersia nie ma żadnego znaczenia w monitorowaniu postępów rehabilitacji , jest badanie pomocniczym, które może być wykonywane w razie zaistnienia wskazań klinicznych indywidualnych , a nie jest niezbędne w rehabilitacji</p> | <p>Usunąć rtg śródpiersia</p> |

| | | | | | |
|----|--|--|--|---|---|
| | | warunkach stacjonarnych | 3) 89.43 Badanie wysiłkowe serca na ergometrze rowerowym; 4) 89.442 Sześciominutowy test marszu; 5) 89.522 Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem); 6) 89.541 Monitorowanie czynności serca przy pomocy urządzeń analogowych (typu Holter); 7) 87.495 RTG śródpiersia; 8) 89.385 Ergospirometria. | | |
| 22 | | Załącznik nr 5 Rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach stacjonarnych | Czas trwania rehabilitacji: 2. Maksymalnie 35 osobodni na oddziale rehabilitacji stacjonarnej (z możliwością realizacji części osobodni w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego rehabilitacji lub telerehabilitacji), przy czym zakończenie realizacji świadczenia w okresie nieprzekraczającym 90 dni kalendarzowych. | Ograniczenie do 35 dni bez możliwości przedłużenia pobytu w oddziale stacjonarnych na wniosek ośrodka do NFZ wyklucza możliwość uzyskania efektów klinicznych u osób w stanie klinicznym indywidualnie tego potrzebujących | Możliwość wydłużenia pobytu powyżej 35 dni w oddziale stacjonarnym, na wniosek ośrodka do NFZ i uzyskaniu jego zgody na wydłużenie pobytu |
| 23 | | Załącznik nr 5 Rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach ośrodka | Monitorowanie postępów rehabilitacji Co najmniej 3 procedury w trakcie całego procesu rehabilitacji w trybie dziennym: 1) 88.721 Echokardiografia; 2) 89.41 Badanie wysiłkowe serca na bieżni ruchomej; 3) 89.43 Badanie wysiłkowe serca na ergometrze rowerowym; 4) 89.442 Sześciominutowy test marszu; | Rtg śródpiersia nie ma żadnego znaczenia w monitorowaniu postępów rehabilitacji, jest badanie pomocniczym, które może być wykonywane w razie zaistnienia wskazań klinicznych indywidualnych, a nie jest niezbędne w rehabilitacji | Usunąć zapis o rtg śródpiersia |

| | | | | | |
|----|--|---|--|---|---|
| | | lub oddziału dziennego | 5) 89.522 Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem); 6) 89.541 Monitorowanie czynności serca przy pomocy urządzeń analogowych (typu Holter); 7) 87.495 RTG śródpiersia; 8) 89.385 Ergospirometria | | |
| 24 | | Załącznik nr 5 Rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego | Czas trwania rehabilitacji: 1. Łączna liczba osobodni może obejmować świadczenia rehabilitacji kardiologicznej realizowane w warunkach stacjonarnych, ośrodka lub oddziału dziennego lub hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego. 2. Maksymalnie 25 osobodni na oddziale rehabilitacji w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego (z możliwością realizacji części osobodni w warunkach telerehabilitacji), przy czym zakończenie realizacji świadczenia w okresie nieprzekraczającym 90 dni kalendarzowych. 3. W przypadku przeniesienia z ośrodka stacjonarnego maksymalna liczba osobodni stanowi różnicę liczby 35 oraz liczby dni zrealizowanych w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego (z możliwością realizacji części osobodni w warunkach telerehabilitacji), przy czym zakończenie realizacji świadczenia odbywa się w okresie nieprzekraczającym 90 dni kalendarzowych. | Ograniczenie czasowe do 25 dni i brak możliwości wnioskowania przez ośrodek do NFZ o zgodę na wydłużenie leczenia, zmniejsza dostępność dla pacjentów wymagających dłuższej rehabilitacji z uwagi na stan kliniczny, schorzenia współistniejące i inne indywidualne uwarunkowania | Możliwość wydłużenia pobytu powyżej 25 dni w oddziale stacjonarnym, na wniosek ośrodka do NFZ i uzyskaniu jego zgody na wydłużenie pobytu |

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 25 | | Załącznik nr 5 Hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego – faza II | Kryteria kwalifikacji do udzielenia świadczenia gwarantowanego 2. Procedura dopuszczenia do sesji treningowej obejmuje: EKG, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała oraz wywiad. | Brak uzasadnienia merytorycznego, żeby przed każdą sesją treningową jak i po jej zakończeniu wykonywać rutynowo u każdego pacjenta zapis spoczynkowego EKG . | Zapis EKG na początku rozpoczęcia fazy II przy kwalifikacji do rozpoczęcia całego cyklu treningów , oraz w uzasadnionych sytuacjach złego samopoczucia pacjenta po ocenie dokonanej przez personel medyczny o wskazaniach do wykonania badania lub w indywidualnych innych sytuacjach po decyzji lekarza |
| 26 | | Załącznik nr 5 Hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego – faza II | Kryteria kwalifikacji do udzielenia świadczenia gwarantowanego 4) stabilnym klinicznie co najmniej od tygodnia, a w przypadku świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka od 2 tygodni, u których nie występują: a) źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze, b) niepoddająca się leczeniu zatokowa tachykardia > 100/min., c) złośliwe komorowe zaburzenia rytmu serca, d) stały blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, jeżeli upośledza istotnie tolerancję wysiłku, e) wady serca wymagające korekty kardiochirurgicznej, f) kardiomyopatia ze zwężeniem drogi odpływu, g) niedokrwienne obniżenie odcinka ST > 2 mm w EKG spoczynkowym, h) niewyrównana niewydolność serca, i) ostre stany zapalne i niewyrównane choroby współistniejące, | Zapis nielogiczny. Wymienione stany są mieszanka okresowych przeciwwskazań które mogą zostać wyrównane w ciągu 1-2 tygodni oraz stanów chorobowych które stanowią bezwzględne przeciwwskazanie do rehabilitacji jeśli nie zostaną wykonane inne procedury lecznicze . | Kwalifikację do programu rehabilitacji dokonuje lekarz kardiolog , zgodnie z ustalonymi standardami medycznymi , z uwzględnieniem nieistnienia przeciwwskazań do rehabilitacji kardiologicznej |

| | | | | | |
|----|--|--|--|---|--|
| | | | <p>j) powikłania pooperacyjne, k) wyzwalane wysiłkiem: objawy niewydolności serca lub niedokrwienia serca, zaburzenia rytmu nadkomorowe i komorowe, zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego, spadek ciśnienia tętniczego > 20 mmHg, bradykardia, pogorszenie się tolerancji wysiłku w fazie I, l) inne sytuacje warunkujące konieczność realizacji pełnego programu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej jedynie w warunkach stacjonarnych lub ośrodka lub oddziału dziennego</p> | | |
| 27 | | <p>Załącznik nr 5</p> <p>Hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego – faza II</p> | <p>Zakres świadczenia</p> <p>3. Podsumowanie sesji treningowej: 1) procedura zakończenia każdej sesji treningowej (wywiad, ocena w skali Borga, ocena osiągniętego tętna, EKG);</p> | <p>Brak uzasadnienia merytorycznego, żeby przed każdą sesją treningową jak i po jej zakończeniu wykonywać rutynowo u każdego pacjenta zapis spoczynkowego EKG .</p> | <p>Usunąć wymóg rutynowego EKG po każdej sesji treningowej</p> |